
Franc Imperl

Razvojna usmeritev domov za starejše

POVZETEK

Oskrba starostnikov je v sodobnem svetu vse aktualnejša. Nagovarja jo vse več od nege in oskrbe odvisnih oseb. Po svoji vsebini in organizacijski obliki se je v zadnjih desetletjih povsem spremenila. Če smo še neposredno po drugi svetovni vojni imeli sirotišnice in hiralnice, kamor so nameščali socialno šibke in od družbe pozabljene ostarele osebe, trkajo danes na vrata oskrbe in nege vse kategorije starostnikov ne glede na stan, socialno pripadnost, življenjski standard in stil življenja. Prav zaradi tega prihaja do velikih sprememb v smislu iskanja ustrežnejših oblik in pristopov negovalnega suporta. Ob koncu 60. let in še bolj v 70. letih so se porodile ideje o spremembi kulture in načina dela kot alternativa obstoječemu, takrat že »tradicionalnemu« medicinskemu načinu dela ter funkcionalni in timski organizaciji nege. Tako se je začelo veliko gibanje, katerega vplive zaznavamo v zadnjih desetih letih tudi v Sloveniji. Vračamo se na izhodišče dela medicinskih/skrbstvenih sester, ko so bili v središču njihovega dela bližnji odnosi tako s pacienti kot z njihovimi svojci in s celotno družino. Danes lahko govorimo, da so glavne spremembe na osnovi sodobnih konceptov v smeri *normalizacije življenja stanovalcev* in s tem tudi *celotnega delovanja doma*. Praktično se to vidi na področju naravnosti delovanja domov za starejše, v jasni delitvi med strateškim in operativnim nivojem odločanja ter v neprimerno večji vlogi zaposlenih tako pri delu delovnih timov kot pri referenčnem odnosu do stanovalcev. Spremenjeni so tudi pogledi na bivalno okolje stanovalcev domov za starejše, saj je dobro počutje v bivalnem okolju ena od temeljnih človekovih potreb, ki je v vsaki osebi globoko zakoreninjena. Tudi organizacija dela se v sodobnih konceptih bistveno loči od tradicionalnih organizacijskih struktur. Hierarhični organizacijski model, ki je tipičen za »birokratsko organizacijo«, postane v sodobnih konceptih domov za starejše bistveno bolj sploščen. Podobne so tudi spremembe na področju vodenja, kjer imamo dve jasno ločeni funkciji: strateško in operativno. Pomembno vlogo pri transformaciji klasičnega dela v sodobne koncepte pridobijo t. i. vodje organizacijskih enot.

Ključne besede: domovi za starejše, vloge medicinskih sester, naravnost delovanja, referenčna odnosna nega/oskrba, odločanje, vloga zaposlenih, avtonomni delovni timi, bivalno okolje, organizacija dela, vodenje, vodje organizacijskih enot

AVTOR: *Franci Imperl* je psiholog, ki je med drugim opravljal službo direktorja centra za socialno delo in bil namestnik ministra za družino in socialno varstvo. Leta 1993 je ustanovil izobraževalno in razvojno družbo na področju socialnega varstva FIRIS IMPERL, d. o. o., leta 2003 pa še projektno družbo SENIORPROJEKT, d. o. o. V sklopu evropskega projekta je skupaj s predstavniki šestih evropskih držav sooblikoval model upravljanja kakovosti v socialno varstvenih organizacijah E-Qalin. Zadnja leta se posveča razvoju konceptov na področju oskrbe starostnikov.

ABSTRACT**Development orientation of elderly homes**

Elderly care receives an increasing attention in the world. More and more people become dependent on care and this working field has changed substantially in the last decades as regards to its content and its organisational form. If we had orphanages and infirmaries still after WWII, where the socially weak and from society forgotten elderly people were placed, today all categories of elderly are knocking on the doors of care, regardless of their status, social affiliation, living standard and lifestyle. This is the reason why changes in the form of searching for more adequate forms and care support are on the upswing. By the end of the 1960ies and even more in the 1970ies ideas were developed which introduce a change in culture and work as an alternative to the existing way, which then included the "traditional" medical work field and a functional as well as a team-organisational care. Thus, an extensive movement began, which influences are felt in Slovenia in the last ten years. We are returning to the starting point of the work of medical/care nurses, when at the centre of their work were close relations with patients, relatives and the whole family alike. Today we can claim that the main changes of the new concepts are in the fields of *normalisation of the life of our clients* and therefore of the whole activities of homes. In a practical sense this can be seen in the area of an orientation of the homes towards the elderly, a clear division between strategic and operational decision-making and a substantially increased role of the employees within working teams and within a primary patient-oriented care. Also, viewpoints on housing of the people living in elderly homes have changed, i.e. good wellbeing in a home neighbourhood is one of the basic human needs, which is deeply rooted in ourselves. Furthermore, work organisation in modern concepts is substantially different than in traditional organisational structures. The hierarchy organisational model, which is typical for a "bureaucratic organisation" becomes significantly more relaxed in homes with modern concepts. Similar are changes in the area of leadership, where there are two clearly divided functions: strategic and operational. During a transformation from a classic to modern concept a pivotal role is played by so called heads of organisational units.

Keywords: elderly homes, role of nurses, orientation, primary patient-oriented care, decision-making, role of the employees, autonomous working teams, home environment, work organisation, leadership, heads of organisational units.

AUTHOR: *Franci Imperl* is a psychologist, who among others was the director of a state social-welfare centre and deputy minister for family and social affairs. In 1993 he founded an educational and development company in the field of social welfare under the name FIRIS IMPERL d.o.o., and in the year 2003 the project company SENIORPROJEKT d.o.o. Within a European project he co-designed together with representatives of six European states a quality management model for institutions in social care named E-Qualin. In the last years he emphasises on developing concepts for welfare of the elderly.

Sodobni domovi za starejše so nasledniki sirotišnic in hiralnic, ki smo jih poznali vse do druge svetovne vojne. V 50. letih in še posebej v 60. letih prejšnjega stoletja se je

začel razvoj sodobnih pristopov in konceptov programov oskrbe starejših, v prvi fazi v smeri institucionalnega varstva.

Osrednja zaznana premika sta se odvijala po eni strani na področju zdravstvene nege in oskrbe, po drugi strani pa na področju arhitekture, bivalnih pogojev in organizacije dela.

Prvo šolo za medicinske sestre je leta 1860 v Londonu ustanovila Florence Naghtingale (Bernard Papež, 2011). Vendar se je poklic sester začel intenzivneje razvijati po prvi svetovni vojni. V zahodnih evropskih državah so bile sestre angažirane predvsem pri oskrbi starejših in drugih rizičnih skupin na domu. Takrat so jim rekli *skrbstvene sestre*. Zaradi ekonomske depresije v tridesetih letih prejšnjega stoletja si ljudje niso več mogli privoščiti sestre za nego bolnih. Za bolne je narasla uporaba bolnišnic. V tem času je mnogo brezposelnih sester šlo v bolnišnico, kjer so delale v zameno za sobo in hrano ter prvič padle pod pravila in norme birokratsko organizirane institucije (Manthey Marie, 2002).

V drugi svetovni vojni je zaradi velikega pomanjkanja negovalnega kadra najprej prišlo do masovnega izobraževanja medicinskih sester, nato pa do usposabljanja pomožnega negovalnega osebja, na katerem so jih naučili preprostih postopkov – postale so negovalke oz. bolničarke. Po koncu vojne so se diferencirani profili negovalnega osebja avtomatsko prenesli v bolnišnice, od tu pa v negovalne domove oz. domove za starejše.

V petdesetih letih prejšnjega stoletja se je zaradi večanja števila negovalnih bolnišnic in negovalnih domov poglobljalo pomanjkanje usposobljenih medicinskih sester, zato so se ustanove začele vse bolj zanašati na stabilnejše pomožno osebje. Prvikrat se srečamo s tako imenovano *funkcionalno nego*. V vsaki poklicni kategoriji zaposlenih in znotraj iste kategorije so posamezniki v sklopu nege in oskrbe ter skladno z dodeljeno funkcijo izvajali določeno aktivnost oz. storitve. Ena sestra je pacientom/varovancem razdelila zdravila, druga je opravljala osnovno nego, tretja je izvedla vse postopke ... Usmerjene so bile na opravljanje nalog oz. storitev, ne na vzpostavitev osebnega odnosa med negovalcem in pacientom/varovancem. Funkcionalna nega je zgrajena na industrijskem modelu nege – izvajanje nalog/storitev po tekočem traku.

V šestdesetih letih prejšnjega stoletja se je razvila t. i. *timska nega*, pri kateri vodja zdravstvene nege (t. i. glavna sestra) nadzoruje in koordinira vse aktivnosti nege, ki jih izvaja ostalo negovalno osebje. Negovalne naloge temeljijo na ravni zahtevnosti in sorazmerni ravni strokovnega znanja. Komunikacija je hierarhična: negovalec poroča vodji oddelka ali tima, ta pa vodji zdravstvene nege ali zdravniku. Vodja zdravstvene nege nadzoruje vodje oddelkov/timov, ti pa nadzorujejo svoje podrejene. V bolnišnicah je bilo razvitih veliko sistemov, ki so spodbujali vključevanje pomožnih delavcev (bolničark, negovalk) pod nadzorom diplomiranih medicinskih sester. V nekaterih bolnišnicah je pomožno osebje predstavljalo že 80 % vseh zaposlenih v negi. Timska nega je tako način, kako z uporabo cenejše delovne sile znižati stroške za plače, nekaterim medicinskim sestram, npr. vodjam oddelkov, pa oblikuje vlogo administriranja oz. kontroliranja. Medicinske sestre so se v velikem delu oddaljile od pristnega oz. neposrednega dela z uporabniki. Prav tako tu še vedno ni stalnosti med negovalcem in pacientom/uporabnikom (Koloroutis Mary, 2011).

Slabih deset let pozneje se je začel razvijati koncept *celotne nege bolnika* (total patient care), pri katerem medicinska sestra izvaja večino direktne nege s pacientom/

uporabnikom. Vendar so tu medicinske sestre odgovorne za negovanje pacientov/uporabnikov, ki so jim dodeljeni v določeni izmeni. V naslednji izmeni prevzame to odgovornost druga sestra. Posamezne sestre nimajo celotne odgovornosti za načrtovanje nege določenega pacienta/uporabnika. Vendar skuša koncept »celotne nege bolnika/uporabnika« omogočiti bolj zadovoljujoče delovno okolje in izboljšati odnos sestra – pacient/uporabnik (Koloroutis Mary, 2011).

V tem času je nezadovoljstvo z izvajanjem nege in oskrbe (predvsem funkcionalne in timske nege) že doseglo svoj višek. Nezadovoljni so postali tako uporabniki kot negovalno osebje in zdravniki v negovalnih bolnišnicah in negovalnih domovih (Mary Koloroutis, 2011). Vodje nege so se soočali s problemi necelovite, razosebljene in nekontinuirane nege, kompleksnega mednivojskega komuniciranja in deljene odgovornosti. Pacienti bolnišnic in varovanci domov so se pritoževali nad nehumano nego, medicinske sestre pa so se pritoževale, da preveč delajo s papirji. To je vodilo do razvoja *primarne nege*, katere osnovna značilnost je postavljanje referenčnega (povezanega) odnosa na prvo mesto, storitve pa se izvajajo skladno z individualnimi načrti in usklajeno nego, ki na področju odnosne nege poudarja pomen usklajenosti med negovalci in uporabniki, negovalci med seboj ter negovalci in vodstvom.

Vsi trendi so bili prepoznani tudi v naši družbi. Prva slovenska šolana medicinska sestra je bila Angela Boškin, ki je 30. oktobra 1918 na Dunaju diplomirala kot »usposobljena za poklicno opravljanje socialne skrbstvene dejavnosti na vseh področjih javne zdravstvene nege«. Kot skrbstvena sestra se je zaposlila 3. februarja 1919 na Jesenicah (Gradišek, 1992). Skrbstvene sestre so se zaposlovale v večjih krajih in delovale na terenu v preventivi.

Strežniško šolo smo v Ljubljani imeli že leta 1914, šolo za sestre pa leta 1923. Leta 1931 je sledila šola za zaščitne sestre, bolničarska šola je bila v Ljubljani ustanovljena leta 1939, šola za bolniške strežnike pa v Mariboru leta 1939. Izobraževanje so praviloma izvajale posamezne bolnišnice ali redovne skupnosti (npr. usmiljenke).

Septembra 1943 je uprava Slovenske centralne vojno partizanske bolnice organizirala prvi tečaj za bolničarje, iz katerega se je razvila sanitetna šola 7. korpusa (Kovač Gaja, 2011).

Leta 1946 smo v Ljubljani imeli že triletno šolo za medicinske sestre, leta 1949 je bilo šolanje podaljšano na štiri leta (Gradišek, 1992).

To razvojno sosledje je prepoznano v razvitem svetu in tudi v Sloveniji. Z vidika sodobnih trendov oskrbe starejših na splošno in še posebej v domovih za starejše je izredno zanimivo, kakšno moč sovplivanja na način in vsebino dela imajo zunanji, t. i. »družbeni« dejavniki pred notranjim svetom in potrebami uporabnika. Nekaj časa po prvi svetovni vojni so bile zelo čiste relacije med skrbstveno sestro in bolnim oz. onemoglim, ki je bival v lastnem domu. Res je, da uporabnikov na eni strani in sester kot ponudnikov storitev na drugi strani v takratnem času ni bilo ekstremno veliko. Nekaj časa je bil ta sistem obvladljiv. Sestra je prišla na dom ter poskrbela za popolno nego, obravnavo in tolažbo pacienta. Nobene »glavne« sestre ni bilo, da bi jo nadzorovala in vodila. Imela je avtoriteto odločanja, kdaj in kako bo izvedla zdravnikova navodila. Situacijo je sama ocenjevala in skladno s tem tudi delovala. Poleg tega je izobraževala pacienta in njegovo družino o tem, kako ohraniti svoje zdravje.

Če bi k temu dodali še sodobno strokovno opremljenost medicinskih sester, bi lahko rekli, da sta tak pristop in način dela z vidika uporabnika idealni rešitvi. Vendar so pred drugo svetovno vojno nastale družbene razmere, ki so globoko posegle v način izvajanja dejavnosti nege in oskrbe bolnih in onemoglih starejših ljudi.

Zaradi pomanjkanja sester na eni strani in velikega števila pomoči potrebnih oseb na drugi strani so začeli ustanavljati nove ustanove, v glavnem kot negovalne bolnišnice, pozneje pa kot negovalne domove. Vzpostavljati so se začeli »veliki« sistemi s kompleksno organizacijo dela in samo po sebi je prišlo do odtujitve »na osebo naravnanih« pristopov. Ne glede na to je bila v začetni fazi zaposlovanja medicinskih sester v bolnišnicah še vedno v središču pozornosti individualizirana nega. Vendar so se morale sestre v bolnišnicah prilagajati pravilom, ki obstajajo v birokratskih institucijah. Poleg spremembe fizičnega in psihološkega prostora delovanja medicinskih sester so začeli nastajati še pomožni negovalni kadri, ki so porušili »celovitost« pristopa, in nastale so strukture, ki niso bile primarno narejene zaradi uporabnikov, temveč po meri in zahtevi izvajalca. Ta notranja »odtujenost« je seveda tipična za velike sisteme, v katerih imamo pod eno streho veliko število uporabnikov in izvajalcev ter v katerih se v masi ljudi izgubljajo antropološko in psihološko pogojene meje tako osebnega kot socialnega življenja. Odtujenost odločanja, prevladujoče avtorsko vodenje, filozofija funkcionalno organiziranega dela, izgubljanje osebne odgovornosti in prelaganje le-te na nadrejene ter skrivanje ali siljenje negovalcev v administrativno birokratska opravila so prispevali k »notranjemu« razkroju oz. razdvojenosti osebno naravnanih negovalcev.

Zato so se ob koncu 60. let in še bolj v 70. letih porodile ideje o spremembi kulture in načina dela kot alternativa obstoječemu, takrat že »tradicionalnemu« medicinskemu načinu dela ter funkcionalni in timski organizaciji nege.

Začelo se je veliko gibanje, katerega vplive zaznavamo v zadnjih desetih letih tudi v Sloveniji. Vračamo se na izhodišča dela medicinskih/skrbstvenih sester, ko so bili središče njihovega dela bližnji odnosi tako s pacienti kot z njihovimi svojci in s celotno družino. Pri delu v domovih za starejše nam to gibanje podaja drugačen pogled, in sicer nas nagovarja, da na dogajanje v domovih pogledamo z drugega zornega kota – naša ravnanja vrednotimo z očmi stanovanca: »Ali je to, kar počnemo, resnično tisto, kar si želi stanovalec?«

Vzporedno s temi procesi so se odvijale spremembe na področjih arhitekture, bivalnih pogojev in organizacije dela v domovih za starejše. V to je bila vpletena vsa zahodna Evropa, z izjemo nekaterih južnih držav ob Sredozemlju. Razvoj je strokovno najbolj dodelano predstavil Kuratorium Deutsche Altershilfe (Kuratorij nemške pomoči starejšim) iz Kölna v Nemčiji. V začetku 90. let prejšnjega stoletja so predstavili štiri generacije razvoja domov za starejše oz. negovalnih domov.

Če sodi I. generacija domov za starejše v obdobje pred drugo svetovno vojno in tik po njej, se je II. generacija začela razvijati v poznih 50. letih in v začetku 60. let prejšnjega stoletja. II. generacija domov že ima organizirano zdravstveno nego, organizacija dela pa je odslikava hierarhičnih odnosov, kot jih poznamo v bolnišnicah. Bivalni prostori za uporabnike so skromni; večinoma so večposteljne sobe, obstajajo tudi t. i. dnevni prostori, vendar so v velikosti največ 1,5 m² na uporabnika in brez kakršnegakoli vodenega

programa. Vodenje in organizacija prehrane, nege, čiščenja, pranja, delovne terapije in fizioterapije sta centralni. Velik del slovenskih domov ima še danes v celoti ali v večji meri lastnosti domov II. generacije.

III. generacija je koncem 70. let prejšnjega stoletja prinesla boljše bivalne pogoje, za varovance ali oskrbovance se je začel uporabljati izraz stanovalci, del centralnih struktur se je decentraliziral. Namesto velikih oddelkov so se pojavile bivalne skupine po 15 stanovalcev, ki so imele pretežno enoposteljne sobe in na nivoju vsake skupine ločen dnevni prostor, sicer pa še vedno ni bilo vodenih aktivnosti. Bivalne skupine ene etaže imajo svojo skupno jedilnico. Prevladuje timska nega.

Bistveno spremembo je prinesla IV. generacija domov za starejše, ki je izvedla dokončno načelo decentralizacije in normalizacije življenja. Bivalne skupine so v velikosti do 12 stanovalcev, vsaka ima svoj avtonomni delovni tim zaposlenih, priprava hrane se izvaja na nivoju skupine, sobe so pretežno enoposteljne ter prvič se pojavi jasno ločevanje med zasebnimi prostori, kamor sodijo sobe stanovalcev, in t. i. socialnim prostorom, kamor uvrščamo skupinsko kuhinjo, jedilnico in dnevni prostor. Dnevno življenje stanovalcev v sklopu socialnega prostora je dnevno vodeno in v prostoru je stalno prisotna najmanj ena od zaposlenih, t. i. prezenčnih oseb. Zadnje čase se v sklopu gospodinjstevskih skupin uveljavljata referenčni odnos, ki v smislu normalizacije prinaša elemente iz biografije stanovalcev, in ritem življenja, prilagojen individualnim željam in potrebam.

Razvoj kulture usklajenih odnosov, ki se lahko optimalno razvija v strukturi IV. generacije domov za starejše, se je dogajal v povezavi z novodobnimi spoznanji tako teoretične kot praktične narave. Za tem razvojem stojijo: Carl Rogers s svojo psihoterapijo, usmerjeno na pacienta, Humberto Maturana in Francisco Varela s konstruktivizmom, dr. Elisabeth Kübler-Ross s filozofijo hospica, Angelica Thieriot z modelom Planetree, Erving Goffman z analizo totalnih ustanov za nego in oskrbo, Marie Manthey s primarno nego, Keren Brown Wilson z domovi z oskrbno pomočjo pri samostojnem bivanju starejših, Rüdiger Bauer s kongruentno nego, Erwin Böhm s psihobiografsko nego, Paul Goodman s poudarjanjem decentralnega odločanja za organizacije, v katerih so ljudje »produkti«, in David Farrell, ki poudarja pomen stalnega osebja na nivoju pregledne skupine stanovalcev. Na razvoj sodobnih konceptov nege in oskrbe so vplivali nevroznanstveniki. Eric Kandel je prvi pojasnil, kaj je spomin ter kakšna je povezava med razpoloženjem in sproščanjem hormonov, kot so oksitocin, dopamin in serotonin – hormoni sreče, zadovoljstva in motivacije. Louis Cozolino je pojasnil, kako nevrobiološko potekajo odnosi med ljudmi. Giacomo Rizzolatti je odkril zrcalne nevrone. Svoj vpliv je imel tudi John Bowlby z analizo in klasifikacijo tipov navezanosti.

Če bi postavili skupne imenovalce strokovnega napora za vzpostavljanje človeka vrednega negovalnega/oskrbovalnega pristopa v domovih za starejše, so glavne spremembe na osnovi sodobnih konceptov v smeri *normalizacije življenja stanovalcev* in s tem tudi *celotnega delovanja doma* na šestih področjih, kot sledijo v naslednjih poglavjih tega članka.

1 NARAVNANOST DELOVANJA

Na izobraževanjih, ki jih za strokovne delavce in sodelavce v sistemu socialnega varstva že tretje desetletje organizira družba FIRIS IMPERL, d. o. o., smo izvedli krajšo raziskavo, v katero je bilo vključenih sedem slovenskih domov za starejše in več kot 180 zaposlenih v negi in oskrbi. Podatki so bili pridobljeni v zadnjih dveh letih.

Udeležencem programa smo postavili dve vprašanji. Prvo vprašanje se je glasilo: »Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos (v privatnem življenju)?« Udeleženci so v razpravi trojk napisali odgovore na razdeljene listke. Ko so izpolnjene listke vrnili, smo jim zastavili še drugo vprašanje: »Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos s stanovalci?« Postopek smo ponovili. Na koncu smo imeli dva kupčka listkov, ki smo jih prezentirali na pluta tabli.

Predstavljam vam sumarne podatke sedmih domov. Odgovore smo razvrstili tako, da smo na eno stran umestili odgovore, ki so vsebinsko pomenili »konkretne aktivnosti«, na drugo stran pa odgovore, ki so izražali »vključevanje čustev, vzpostavljanje empatičnega odnosa in upoštevanje vrednot«.

Pri »konkretnih aktivnostih« so omenjali: pogovor, razumevanje, sodelovanje, iskanje kompromisa, prilagajanje, pomagati mu, podpreti ga, pohvaliti ga, delati skupaj z njim, prisluhniti njegovi potrebi, nuditi dobro hrano, ponuditi kavo, vzeti si čas za pogovor, poskrbeti za dobro voljo, pozdraviti ga, vzeti si ustrezen trenutek, poiskati idejo, nuditi pomoč, reševati težave, podučiti, biti iznajdljiv, biti inovativen, sprejeti kritiko, imeti skupni cilj, sprejeti pravila, biti dosleden, biti vztrajen, biti pozoren, biti strokoven, izobraževati se, imeti profesionalni odnos ipd.

Pri »vključevanju čustev, vzpostavljanju empatičnega odnosa in upoštevanju vrednot« so zapisali: iskrenost, spoštovanje, poštenost, korektnost, odkritost, odprtost, dobronamernost, enakopravnost, varnost, solidarnost, zanesljivost, doslednost, sprejemanje človeka takšnega, kot je, sprejemanje drugačnosti, razumevanje, toleranca, dopuščanje, imeti pogum, upoštevati njegove želje, altruizem, tolažba, empatija, zaupanje, zvestoba, bližina, dotik, strpnost, znati odpustiti, potrpežljivost, vzpostaviti očesni kontakt, biti sprejemljiv za druge ljudi, sočutje, prijaznost, toplota, domačnost, zasebnost, srčnost, spontanost, ljubezen, prijateljstvo, ljubeznivost, dostojanstvo, ceniti drugega, dobrohotnost, družabnost, vzajemnost ipd.

Glede na število odgovorov na vprašanje *Kaj vse sem pripravljen storiti za dober odnos v privatnem življenju in kaj v odnosu do stanovalcev?* je bil sumarni rezultat naslednji.

Tabela 1: *Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos*

Vprašanje	Odgovori	Št. odgovorov	Odstotek odgovorov
Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos (v privatnem življenju)?	Konkretne aktivnosti	68	26 %
	Vključiti čustva, empatičen odnos in vrednote	197	74 %
Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos s stanovalci?	Konkretne aktivnosti	141	65 %
	Vključiti čustva, empatičen odnos in vrednote	75	35 %

Odgovori so zelo zgovorni. Ko govorimo o tem, kaj smo pripravljeni storiti za dober odnos v privatnem življenju, 74 odstotkov vseh odgovorov pove, da moramo v odnos vključiti svoje emocije, da moramo vzpostavljati empatični odnos in pri tem graditi na vrednotah. Slika je povsem drugačna, ko vprašamo zaposlene v domovih za starejše, kaj so pripravljeni storiti za dobre odnose s stanovalci. Kar 65 odstotkov odgovorov je bilo usmerjenih v različne aktivnosti in opravila oz. lastnosti, ki omogočajo izvedbo posameznih opravil. Pojemovno so ti odgovori ozko povezani z izvedbo storitev, ki so močno poudarjene v naših domovih.

V razpravi sem udeležence vprašal, kateri odgovori so bližje njihovi identiteti, njihovi osebni in vrednostni naravnosti. Ker dovolj dobro poznam njihovo delo in odnos pri delu s stanovalci, bi lahko za večino rekel, da jih prepoznam v prvih odgovorih. Vendar zakaj so spontano pri vprašanju *Kaj sem pripravljen storiti za dober odnos s stanovalci?* v tako majhnem odstotku prepoznali čustva, empatijo in splošno sprejete vrednote? Gre za to, da so v službi del kulture ustanove, v kateri delajo, in da se v službi s to kulturo identificirajo. To pomeni, da ko prestopim prag doma za starejše, se v luči kulture ustanove moj pogled na človeka spremeni. Ne da bi bil drugačen od ljudi, s katerimi sobivam, le vidim jih drugače, ne pripisujem jim potreb po sprejetosti, varnosti, zaupnosti, intimnosti, povezanosti in vključenosti v takšni meri kot ljudem v privatnih odnosih. V luči te kulture gledam skozi naravnost na ustanovo in bistveno manj skozi naravnost na stanovalca.

Tak pogled in taka kultura sta nekaj, kar pritiče t. i. »klasičnim« domovom, kar pomeni, da ključne vsebine, predvsem pa organizacija dela, izhajajo iz potreb, interesov in filozofije ustanove, ki je izrazito naravnana na izvedbo storitev, ki jih stanovalec in zdravstvena zavarovalnica plačujeta. Storitve se spremljajo in analizirajo, njihova izvedba pa se kontrolira.

Nasproti temu je spoznanje o primarnosti kakovosti življenja oseb, ki bivajo v domovih. Dom je njihovo domovanje in ne interventna nastanitev; dom je organizacija, ki mora narediti vredno življenje šibkih in obnemoglih, ki ne morejo skrbeti zase. Zato dobi pri naravnosti na osebo stanovalec občutek, da ga opazijo, da je upoštevan in spoštovan ter da lahko živi po svojih predhodnih navadah in izkušnjah. Stanovalci imajo priložnost povedati svojo življenjsko zgodbo, uživati v pogovoru z negovalcem, božati mačko, povedati šalo ali poslušati glasbo. Storitve negovalcev morajo biti narejene korektno, morajo se dogajati čim bolj skladno z ritmom, ki ga čuti stanovalec, vendar so sekundarnega pomena.

Bistvo te filozofije je priznavanje in upoštevanje osnovnih vrednot, ki jih sicer negujemo v zasebnem življenju. V odnosu imajo pomembno vlogo spoštovanje, bližina, tolažba, sočutje in toplina, kot je običajno v krogu zaupnih oseb. Pomembno je ohranjanje pravice posameznika do osnovnih izbir v svojem dnevnem življenju – kdaj želi vstati, kaj želi obleči, kaj bo jedel za kosilo, ali želi kopel ali tuš zjutraj ali zvečer, ali želi sedeti na terasi ali raje želi zlagati perilo, ali želi poslušati glasbo ali počivati, kar je odvisno od njegovega razpoloženja in ne od določenega urnika. Morali bi imeti svojo sobo, ki bi bila delno opremljena tudi z lastnim pohištvom; če želijo, bi si lahko sami izbrali zavese in barvo stene. Dom bi moral poskrbeti, da imajo stanovalci dovolj svetlobe v svoji sobi,

da lahko skozi okno opazujejo naravo, ki jim pove, v katerem letnem času so. Obstajali naj bi majhni zasebni kotički, v katerih bi lahko stanovalci v miru sedel, morda bral.

Naravnost na osebo je pristop, ki spoštuje edinstvenost posameznika in išče možnosti, da bi posameznik ohranil sebe. Zato je rdeča nit negovalcev intenzivno ukvarjanje z biografijo stanovalcev, da lahko z njo nagovarjajo njihova čustva. Referenčne osebe imajo nalogo, da na osnovi biografskega dela počasi, korak za korakom, pridobijo informacije iz lestvice življenjskih dogodkov. Na tej osnovi opredelijo načrt odnosne nege in oskrbe. Referenčni negovalci drugim zaposlenim v razgovorih predstavijo načrte nege in tako se negovalci uskladijo. Poveča se verjetnost, da bodo vsi negovalci iz tima na enak način delovali s stanovalcem; pričakujejo se lahko več kontinuitete in na tej osnovi boljši rezultati. Raziskave v domovih za starejše so pokazale, da ima biografski pristop, ki spodbuja pripovedovanje in poslušanje življenjskih zgodb, za posledico nego, usklajeno s stanovalčevimi osebnimi željami in vrednotami, in krepitev odnosa zaposleni – stanovalci (Bauer Rüdiger, 2015).

Naravnost na osebo ima zgodovino; že zelo zgodaj je bila prepoznana v okviru *primarne nege z referenčnim odnosom*, ki se je razvila kot reakcija na tradicionalno funkcionalno/timsko nego. Kot sem že omenil, ima ta namreč tri pomembne težave: je ne celovita in nekontinuirana; porabi se pretirana količina časa za aktivnosti, povezane s komunikacijo med negovalci ter med negovalci in vodstvom; odgovornost je deljena in zato izvedba nezanesljiva. Predvsem je bila problematična ne celovitost, ko negovalci različnih profilov pod nadzorom nadrejene sestre izvajajo posamezne aktivnosti, npr. negovalka opravi določeno storitev pri stanovalki in potem enako pri naslednji, podobno bolničarka ali zdravstveni tehnik. Vsi pri konkretnem stanovalcu izvajajo »parcialne« storitve, nihče ne skrbi zanj v »celoti«. Pri tem se primarno spremlja časovna učinkovitost negovalca. Predpostavlja se, da bodo stanovalci prejeli dobro nego, če bodo vsi delčki le-te opravljeni ob času.

Pri referenčni odnosni negi znotraj avtonomnega delovnega tima je v nasprotju s tem pomembna *odgovornost*. Za posameznega stanovalca je znotraj avtonomnega delovnega tima odgovorna ena sestra, bolničarka ali gospodinja. Ona je koordinatorka načrtovanja individualnega dela in skrbi za pretok informacij znotraj delovnega tima, da bi na tej osnovi potekalo usklajeno delo pri posameznem stanovalcu. Referenčna oseba zbira informacije iz vseh možnih virov: od stanovalca, sorodnika, socialnega delavca in zdravnika.

Za razliko od funkcionalne/timske nege je pri referenčni odnosni negi pomembna *direktna komunikacija*, kar pomeni, da pomembne informacije nimajo posrednikov. Referenčna oseba je odgovorna za sproženje direktne komunikacije z ostalimi člani avtonomnega delovnega tima, ki imajo zanjo potrebne informacije ali pa jih oni prejmejo od referenčne osebe, če z njimi razpolaga. Če referenčna oseba nima vseh informacij o dieti stanovalca, mora poklicati dietetika in se pozanimati. Če ne ve vseh zdravstvenih informacij, jih mora izvedeti od zdravnika ali vodje zdravstvene nege in obratno.

Referenčna oseba je osrednji *načrtovalec nege/oskrbe* pri konkretnem stanovalcu. Ker je v primarni negi skrb za konkretnega stanovalca dodeljena posamezniku, ki je osebno odgovoren za zagotavljanje večine nege/oskrbe, je primernost oz. neprimernost osebnega (individualnega) načrta od te osebe tudi najhitreje prepoznana.

Če želimo, da bo tako zastavljena referenčna odnosna nega znotraj delovnega tima tudi kakovostna, potrebujemo kompetentne, odgovorne in avtonomne negovalce. Obenem mora biti naravnost na osebo prisotna v vseh procesih dneva in prepoznana v vseh elementih življenja v domu. Uresničitev je možna v domu, v katerem je ob stanovalcu enakovredno upoštevan tudi negovalec, kajti pri naravnosti na osebo gre za paralelne procese: negovalec spoštuje stanovalca in je naravn nanj samo takrat, kadar izraža spoštovanje in naravnost do negovalca njegova ustanova.

Pri naravnosti delovanja je pomembna tudi usklajenost oz. kongruentnost odnosov, tako med negovalci in stanovalci kot med zaposlenimi, vodstvenimi delavci, vodstvom in zaposlenimi ter zaposlenimi in svojci. Skladnost naj bi dosegli glede vrednot, potreb, razumevanja biografije, oblikovanja varne navezanosti, norm, vodenja in podobnega (Bauer Rüdiger, 2014).

Pri večini tradicionalnih domov spremlja izvajanje storitev spoštljiva komunikacija, kar pomeni, da negovalec negovanje ali oskrbovanje stanovalca pospremi s prijazno besedo, z vprašanjem po počutju, z informacijo o poteku storitve, z željo po prijetnem popoldnevu in podobno. Toda primarna usmerjenost na storitev pušča mnoge stanovalce v čustveni praznini ter brez občutka osebne povezanosti in zaupanja. Strokovnjaki upravičeno ugotavljajo, da gre pri tem za čustveno zanemarjanje stanovalcev, saj jih zaposleni obravnavajo neosebno (ko o stanovalki govorijo, da je oseba iz »oddelka v 2. nadstropju«, iz »sobe številka 5«, »z demenco« ipd.), ko pri rutinskih vedenjih ne kažejo empatičnega odnosa ali ko ne priznavajo in ne ohranjajo stanovalčevih notranjih prepričanj ali moralnih čustev (Ulsperger J., Knottnerus J. D., 2011).

Usklajen oziroma kongruenten odnos v nasprotju s tem gradi na empatičnem vživljanju v človeka, na skladnosti med npr. samopodobo stanovalca in podobo, ki jo ima negovalec o stanovalcu. Nega na osnovi skladnega odnosa ne želi obravnavati simptomov, temveč želi ustvariti blagodejen odnos. Tak odnos spodbuja sproščanje določenih hormonov, kot so oksitocin, dopamin, serotonin ipd., ki prispevajo k oblikovanju emocionalnih vezi med ljudmi, k stimuliranju sistema pomirjanja in povezovanja, k motiviranju za vsakodnevne aktivnosti in k izboljšanju psihofizičnega zdravja posameznikov (Bauer Rüdiger, 2014).

Pogoja za usklajen odnos sta ozaveščanje samega sebe in iskreno zanimanje za sočloveka. Na ta način odkrivamo nova spoznanja o sebi in stanovalcih, s katerimi smo kot negovalci v referenčnem odnosu. Uskladitev oz. uglasitev sebe se najučinkoviteje razvije z zavezo k samorefleksiji – uglasitev se razvije s poglobljanjem svojega znanja, razumevanje sebe in drugih pa z refleksijo.

Iskreno zanimanje je preprosto dejanje, da postanemo informirani. S tem da smo informirani, počastimo osebo, zmanjšamo stanovalčev odpor, povečamo sodelovanje in se na dolgi rok spremenimo. Postanemo boljši ljudje in boljši negovalci.

V povezavi s tem je zanimiva raziskava, ki je bila pred leti narejena na Univerzi v Minnesoti. Zanimiva je zaradi tega, ker na eksakten in po svoje preprost način evalvira veljavo na osebo naravnega odnosa, ki pri starostniku empatično poišče informacije za razumevanje njega kot biopsihosocialne celote in sproži pozitivne spremembe pri njem.

V raziskavo so vključili 568 moških in žensk, starejših od 70 let, ki so živeli samostojno, vendar so bili v veliki nevarnosti, da obnemorejo zaradi kroničnih zdravstvenih težav,

akutnih bolezni in kognitivnih sprememb. Z njihovo privolitvijo so naključno izbrano polovico napotili k ekipi medicinskih sester in zdravnikov, specializiranih za gerontologijo, ki so bili predani veščini obvladovanja starosti ter so dobro poznali in upoštevali psihološke potrebe starejših. Pri obravnavi so z obravnavanimi vstopili v zaupen odnos. Drugim so naročili, naj obiskujejo svojega osebnega zdravnika, ki pa so mu povedali o bolnikovem stanju z velikim tveganjem. V letu in pol je 10 odstotkov starostnikov oziroma pacientov v obeh skupinah umrlo. Pri pacientih, ki so hodili k omenjeni skupini gerontologov, je bilo za četrtno manj verjetno, da postanejo nemočni, kar za polovico manj verjetno pa so zapadli v depresijo. Verjetnost, da potrebujejo zdravstveno nego in oskrbo na domu, je bila pri njih za 40 odstotkov nižja (Gawande Atul, 2015).

Gawande pravi, da so bili rezultati osupljivi, in nadaljuje, da če bi znanstveniki izdelali napravo (nekakšen strojček za preprečevanje nemoči na stara leta), ki nam ne bi podaljšala življenja, bi pa močno zmanjšala verjetnost, da končamo v domu za ostarele ali da postanemo nesrečni ali depresivni, bi si jo vsekakor želeli. Vseeno bi nam bilo, tudi če bi jo morali vstaviti kirurško in nam jo priključiti na srce. Prirejali bi kampanje in dobrodelne koncerte, da bi zagotovili napravo vsem, ki so starejši od 75 let. Parlament bi razpravljal o vprašanju, zakaj naprav ne morejo dobiti tudi štiridesetletniki itd.

Toda tega strojčka nimamo, imamo pa ljudi, gerontologe ter negovalno in oskrbovalno osebje, ki preudarno poenostavijo zdravljenje, da so stvari pod nadzorom ter da prizadeti starostniki dobijo dovolj kakovostne hrane in tekočine. Toliko bolj pozorni so na to, da starostniki niso osamljeni, da ne živijo v dolgočasju in da jim zmanjšajo občutke nemoči. V ospredju ni več storitev, čeprav je še vedno pomembna, temveč odnos, ki vzpostavlja občutek varnosti in sprejetosti, ki jih spodbuja k aktivaciji in k iskanju preostanka sposobnosti ter jim na tak način osmišlja življenje. Gawande omenja primer doma Chase Memorial v zvezni državi New York, v katerem je prebivalo 80 hudo onemoglih starejših stanovalcev in katerega vodenje je prevzel mlad zdravnik gerontolog Bill Thomas. Nasproti osrednjim vrednotam negovalnih domov oz. smislu njihovega obstoja – *skrbi za zdravje in varnost starejših ljudi* – je postavil novo vsebino oz. cilj, da se morajo upreti že omenjenim trem nadlogam bivanja v negovalnem domu: dolgočasju, osamljenosti in občutku nemoči. V domu je vzpostavil višji nivo življenja s tem, da je pomembno popestril vsak prostor z zelenolistnimi rastlinami, da je pripeljal v vsako nadstropje raznovrstne živali (mačke, pse idr.) in da je vsaka soba gostila kakšno ptico. Za vse to so po svojih močeh skrbeli stanovalci sami. K temu je dodal odnosni suport zaposlenih. Raziskovalci so dve leti preučevali učinke programa, tako da so stanje primerjali z drugim negovalnim domom v bližini. Ugotovili so, da se je količina predpisanih zdravil na stanovalca v domu Chase prepolovila. Še posebej se je zmanjšala količina psihotropnih zdravil. Skupni stroški za zdravila so bili za 38 odstotkov nižji kot v primerjalnem domu. V tem obdobju je umrlo za 15 odstotkov manj stanovalcev (Gawande Atul, 2015).

2 ODLOČANJE

Pri klasični organizaciji domov za starejše velja, da na izvajalski ravni, kar pomeni na nivoju neposrednih izvajalcev storitev oskrbe in nege, prevladuje rutinsko odločanje

na osnovi navodil, poslovnikov, pravilnikov in ustaljenega vsakodnevnega dela. Obseg, kjer je možno odločanje neposrednih izvajalcev, je majhen, najpogosteje vezan zgolj na izvedbo del, skladnih s sistematizacijo. Pri srednjem managementu, kamor sodijo vodje timov, socialne službe, vodje terapije ipd., praviloma prevladuje analitično odločanje, prisotno pa je tudi rutinsko odločanje. Srednji management se kljub temu pogosto počuti kot v sendviču – med odločitvami top managementa in odporom izvajalskega nivoja. V takih primerih je izhod srednjega managementa v prepuščanju odločitev višjemu nivoju, sam pa se »opere« odgovornosti odločanja. Pri top managementu rutinskega odločanja skoraj ni več, malo je tudi analitičnega odločanja, večina odločitev je intuitivnih (Tavčar Mitja I., 2008).

Sodobni koncepti dela v domovih za starejše uvajajo po eni strani veliko več analitičnega odločanja na vseh nivojih, po drugi strani pa na operativnem nivoju tako rekoč v celoti prepuščajo odločanje nižjim nivojem. Posredno so vključeni tudi stanovalci kot uporabniki storitev domov in njihovi svojci.

Top management v domovih za starejše (direktor, strokovni vodja, vodje nege in oskrbe na nivoju posameznih organizacijskih enot) je neke vrste »parlament« organizacije, saj določa usmeritve, opredeljuje strateške cilje, omogoča ustrezne komunikacijske poti in temeljno organizacijo dela, določa kadrovske politiko in politiko razvoja, sistem spodbud in izobraževanj, upravlja s finančnimi resursi ipd. Operativni nivo, področje »vlade«, pa prevzemajo nižji izvajalski nivoji, t. i. organizacijske enote z vodji nege in oskrbe na čelu, ki so v organizacijskem, delovnem in vsebinskem smislu samostojni in prevzemajo odločitve, za katere so pristojni v polni meri. Na najnižjem izvajalskem nivoju so t. i. avtonomni delovni timi odgovorni samo za določeno skupino stanovalcev (največ do 20). V domovih obstaja skladno s številom stanovalcev več bivalnih skupin in v vsaki od teh so avtonomni delovni timi.

Vodje organizacijskih enot skupaj s top managementom tvorijo vodstveni tim ali skupino za razvoj doma. Vse odločitve, ki so povezane s konceptom dela in razvoja organizacije, se sprejemajo na tem nivoju. Vodje organizacijskih enot so skupaj s top managementom kot del vodstvenega tima soudeleženi pri odločanju na strateškem nivoju, kot vodje avtonomnih delovnih timov, kar je njihova primarna funkcija, pa krmilijo operativni nivo oz. odločanje na operativnem nivoju.

Tako imamo v ustanovi s kulturo usklajenih odnosov z referenčno naravnostjo deljeno odločanje. Strateška odločanja so na strani vodstvenega tima, odločanja na operativnem nivoju pa na strani avtonomnih delovnih timov na nivoju posameznih bivalnih skupin in vodij organizacijskih enot. Ko so članom avtonomnih delovnih timov jasne njihove vloge in odgovornosti, imajo večje zaupanje v svojo presojo in so bolj pripravljeni prevzeti odgovornost za odločanje na področju nege in oskrbe. Decentralizacija ustvarja pogoje, v katerih je odločanje prepuščeno tistim, ki so na ravni delovanja in ki so v najboljšem položaju, da ocenjujejo primernost in učinkovitost odločitev, ki jih sprejemajo. Vodstveni tim je odgovoren za razporeditev virov, doseganje zdravih finančnih rezultatov in zagotavljanje kakovosti nege in oskrbe oz. kakovosti življenja stanovalcev. Člani avtonomnih delovnih timov na nivoju posameznih bivalnih skupin pa so skupaj z vodji organizacijskih enot odgovorni za primerno uporabo virov, doseganje finančnih

ciljev ter izvajanje, spremljanje in evalviranje nege in oskrbe oz. doseganje kakovosti življenja stanovalcev.

Decentralizacija z jasno opredelitvijo odgovornosti ključnih dveh nivojev je najuspešnejša, ko so odgovornosti jasno določene in sprejete, ko imajo posamezniki moč (jim je omogočeno) za delovanje na področjih, na katerih so sprejeli odgovornosti, ter ko posamezniki reflektirajo svoje presoje in odločitve, da bi izboljšali svoje delovanje v prihodnosti (*Koloroutis Mary, 2011*).

Pomembno je torej, da večino operativnih odločitev izvaja vsak avtonomni delovni tim za svoje področje. Na ta način se pri odločanju upoštevajo znanje, izkušnje in modrost vseh zaposlenih, posredno tudi uporabnikov storitev. Prav tako dosegamo pri odločanju večji konsenz na izvajalskem nivoju, saj je le-ta rezultat medsebojnega usklajevanja. Poveča se motiviranost za sprejete odločitve in s tem se večja gotovost, da se bodo sprejete odločitve udeležile. Osnova za odločanje so v teh timih popolnejše informacije, saj je to nivo, ki dela neposredno z uporabniki in ima informacije iz prve roke. Res pa je, da morajo biti avtonomni delovni timi dovolj kompetentni tudi z vidika znanja, da lahko sprejemajo dobre odločitve.

V povezavi z decentraliziranim odločanjem obstajajo različni miti, ki se jih je dobro zavedati.

Prvi mit je, da *decentralizacija pomeni sploščeno organizacijo*. Dejstvo je, da manj ravni v hierarhiji ne pomeni avtomatsko decentraliziranega odločanja in da se odnosi med vodstvenim timom in zaposlenimi razvijajo v bolj kolegialne. Sploščenje strukture še ne zagotavlja, da bodo vodje spustili kontrolo in spodbujali zaposlene k odločanju. Decentralizacija se pojavi kot rezultat vedenjskih sprememb v odnosih.

Drugi mit je, da *decentralizacija ustvarja nekonsistentnost in kliče po kaosu*. Dejstvo je, da sta del procesa decentralizacije identifikacija cilja in način njegovega doseganja. Usklajenost se doseže, ko vodje razjasnijo svoje odgovornosti in odgovornosti avtonomnih delovnih timov ter njihove vloge. V dobro vodeni decentralizirani organizaciji je učinkovitost večja. V popolnoma decentralizirani organizaciji odločevalci poznajo svoje meje, saj so vodila za samostojno delovanje jasna. V decentralizirani organizaciji jasni principi in standardi, ki vodijo vedenje in delovanje, zmanjšujejo kaos.

Tretji mit je, da *decentralizacija pomeni vključevanje vsakega v vse odločitve*. Vendar velja, da se v decentraliziranih organizacijah odloča na ravneh, na katerih je največ znanja o odločitvi. Vsakič, ko se je potrebno odločati, se je potrebno vprašati, kdo ima največ informacij, in tisti osebi prepustiti odgovornost oz. odločanje.

Zadnji mit je, da *decentralizacija sploh ni možna*. Res pa je, da sprememba k decentralizaciji zahteva vodenje in vztrajnost celotnega vodstvenega tima (*Koloroutis Mary, 2011*).

Narava dela v decentralizirani ustanovi z jasno ločenimi pristojnostmi odločanja je možna in vodi k optimalizaciji tako delovnih procesov kot tudi zadovoljstva uporabnikov in izvajalcev. Delo avtonomnih delovnih timov znotraj omejene skupine stanovalcev je pogosto zahtevno in povezano s potrebo po hitrih odločitvah, ki naj bi bile sprejete na podlagi kreativnosti in inovativnosti zaposlenih. Kompetentni zaposleni v delovnih timih imajo prednost, saj se zavedajo, da bodo izvršitelji odločitve, zato so pogosto take odločitve inovativne oz. izvirne.

3 VLOGA ZAPOSLENIH

Vloga zaposlenih pride najbolj do izraza pri avtonomnih delovnih timih, ki delajo samostojno v bivalni skupini do največ 20 stanovalcev. Avtonomni delovni timi so odgovorni za upravljanje mnogo vidikov svojega dela, denimo za načrtovanje in razporejanje dela in delavcev, za razpored članov tima skozi teden oz. mesec, za zagotavljanje dela ob nepričakovani odsotnosti sodelavca, na primer ob bolniški odsotnosti, za individualno načrtovanje dela in odnosa s posameznimi stanovalci na osnovi referenčnosti, za komunikacijo in sodelovanje s svojci stanovalcev, za neposredno komuniciranje z zdravnikom (vloga referenčnih oseb znotraj avtonomnega delovnega tima) ter za spremljanje in analiziranje svojega dela.

Stalnost tima omogoča zaposlenim bolje spoznati stanovalce, njihove želje in potrebe. Stanovalcem ni potrebno vsakodnevno razlagati svojih želja različnim negovalcem. Negovalci za vsakega stanovalca vedo, kaj potrebuje in si želi, zato lahko delajo veliko bolj individualno in se lahko bolje organizirajo pri delu. Hitreje opazijo vsako najmanjšo spremembo v stanju stanovalca, kar lahko prepreči komplikacije. Bolje razumejo vedenja stanovalcev z demenco in odgovarjajo nanje. To je pomembno, ker stanovalci z demenco pogosto sporočajo svoje želje skozi dejanja. Negovalci se lažje povežejo s stanovalci, za katere skrbijo.

Prav tako se izboljša kakovost odnosa. Z omejenim številom ljudi, ki skrbijo za stanovalce, se zmanjša njihova zmedenost. Stanovalci se počutijo bolj sproščeno pri intimnih vidikih nege. Počutijo se varnejše z negovalci, ki jih poznajo, kar še prav posebej velja za stanovalce z demenco. Stanovalci in svojci sčasoma razvijejo odnose z negovalci.

Stalnost osebja v avtonomnih delovnih timih je koristna tudi za dom. Zaposleni spoznajo individualne posebnosti stanovalcev in razvijejo odnose tako z njimi kot tudi s svojci in člani tima. To ustvari občutek prijetnosti in domačnosti na delovnem mestu in v bivalnem okolju stanovalcev. Odsotnost negovalcev se zmanjša, ko se razvijejo smiselni odnosi in ko vidijo, da se lahko zanesejo na ostale v skupini oz. v domu.

V strokovni literaturi navajajo naslednje razloge za stalnost osebja znotraj avtonomnih delovnih timov.

- Obstaja močna povezava med kakovostjo dela (delovnih pogojev) negovalcev, kakovostjo življenja stanovalcev in kliničnimi izidi nege in oskrbe.
- Odnosi so temelj za individualizirano, na osebo naravnano nego in oskrbo.
- Stanovalci, za katere skrbijo isti negovalci, jih sčasoma vidijo kot »družino«.
- Zaposleni, ki skrbijo za iste stanovalce, razvijejo odnose in črpajo zadovoljstvo iz vezi s stanovalci.
- Odnosi se razvijejo s časom – odnosov ne oblikujemo z ljudmi, ki jih ne vidimo redno.
- Ko zaposleni delajo skupaj, lahko rešujejo dnevne probleme in sami organizirajo delo v svoji skupini.
- Ko negovalci delajo z istimi stanovalci, je manj verjetno, da bodo izostali z dela, ker jih stanovalci pogrešajo (Farrell David, 2006).

Pomembno je poudariti, da se vloga zaposlenih v avtonomnih delovnih timih spremeni še v smislu univerzalnosti. Če imamo v klasičnih domovih v smislu funkcionalno organiziranega dela »specializirane« delavce za posamezne segmente storitev, če na primer strežnica prevzame ene storitve, bolničarka druge in zdravstveni tehnik tretje ter če jih izvajajo praviloma na nivoju celotnega doma, so zaposleni v avtonomnih delovnih timih dodeljeni le eni skupini stanovalcev in pri njih izvajajo v velikem obsegu vsi vse. Zaposleni se ne glede na profil dodatno izobrazijo in postanejo »univerzalni« delavci z »mešanimi« oz. »zamegljenimi« vlogami. Razlike so le pri storitvah, ki so dodeljene višje izobraženim profilom s področja zdravstvene nege (Yeatts E. Dale, 2003).

Osebe v avtonomnih delovnih timih mora samo preudariti, kako bo porazdelilo svoje vire in čas dodeljenim stanovalcem in njihovim svojcem. To prispeva k večjemu občutku avtonomnosti. Pomembno je, da imajo vsi v timu 75 % znanja medicinske sestre – na ta način dosežemo večjo univerzalnost zaposlenih, kar preprečuje naravnost na naloge.

Delo članov delovnega tima ni praktično nikoli končano. Dokler so prisotni stanovalci, je potrebno delati zanje. Delo osebja opredeljujejo na eni strani naloge na področju nege in oskrbe, ki izhajajo iz individualnega načrta, na drugi strani pa stanovalčeve želje oz. potrebe. Količine dela se ne da kontrolirati in delo ni nikoli končano.

Vloge, ki jih imajo zaposleni v delovnih timih, zahtevajo ustrezne kompetence. Na eni strani morajo vedeti, kaj od njih pričakujejo stanovalci, svojci in člani tima oz. neposredno vodstvo, na drugi strani pa morajo biti seznanjeni s tem, kakšna znanja in veščine potrebujejo, da bodo lahko pričakovanja zadovoljili. Biti kompetenten pomeni počutiti se usposobljenega za izvedbo nalog in vzpostavljanje odnosov ter s tem tudi za sodelovanje pri procesu sprememb. Kompetence lahko zaposleni razvijajo samo s pomočjo stalnega izobraževanja in v sklopu učečega se delovnega tima.

V domu za starejše imamo še vloge zaposlenih, ki delujejo izven avtonomnih delovnih timov. Ti delajo na področjih fizioterapije ali delovne terapije in socialnega dela. Če priprava hrane, pranje perila in čiščenje niso v domeni avtonomnih delovnih timov, so to področja, ki prihajajo v bivalne skupine »od zunaj«. Vloga teh zaposlenih je po eni strani opredeljena z nalogami, ki jih opravljajo, po drugi strani pa je servisiranje avtonomnih delovnih timov, s katerimi morajo biti usklajeni tako glede organizacije kot vsebine dela. V domovih, ki imajo uvedeno t. i. kongruentno odnosno nego oz. kulturo usklajenih odnosov, te zaposlene imenujejo podporna služba, pri delu s stanovalci pa se vključujejo kot sekundarne referenčne osebe. To pomeni, da tedensko (ali na dva tedna) namenijo npr. eno uro svojega časa konkretnemu stanovalcu, pri katerem opravljajo podporno funkcijo v smislu družabništva in katerega dodatno motivirajo za smiselno življenje.

4 BIVALNO OKOLJE

Dobro počutje v bivalnem okolju je ena temeljnih človekovih potreb, ki je v vsaki osebi globoko zakoreninjena. Po Webster's New World Dictionary je dom prostor, kjer je posameznik rad ter ki pomirja in je prijeten.

Witold Rybczynski, priznan angleško kanadski arhitekt, po rodu Poljak, avtor mnogo knjig s področja kakovosti bivalnega prostora, je napisal, da je dom sveto mesto – ko vstopiš

vanj, bi se moral počutiti, kot da si obiskal najljubšo teto. Pred vstopom bi pozvonil, teta bi ti odprla vrata in te povabila noter. Na polici bi bile družinske fotografije, na knjižnih policah njej dragocene knjige. Blazine na kavču bi bile prilagojene njenemu telesu. Odšla bi v kuhinjo in ti prinesla skodelico čaja ali žganja ter te povabila, da se usedeš. Stanovanje, ne glede na to, kako skromno je, bi bilo njena domena (Rybczynski Witold, 1986).

Dom za starejše bi vsakemu stanovalcu moral nuditi zasebnost in intimnost, v njem bi se moral počutiti varno, psihološki prostor bi moral biti miren, ljubeč in brezskrben. Soba stanovalca je posvečen prostor, mesto, kjer je lahko to, kar je. Stanovalka je dejala: »Doma obiskovalcem ni treba sedeti na tvoji postelji.«

Večina tradicionalnih domov na žalost ne ponuja nobenih ali zelo malo povezav s posameznikovim življenjem do vstopa v dom in praktično spodbuja socialne vloge kot »star« in »bolan«.

Sodobni pristopi k oblikovanju bivalnih prostorov v domovih za starejše so povezani s pojmom normalizacija. Gre za normalizacijo življenjskega prostora, kamor sodita bivalno okolje v ožjem smislu in umeščenost v lokalni prostor.

V klasičnih domovih spominjajo bivalni prostori na strukturo življenjskega prostora t. i. totalnih ustanov, v katerih imamo, podobno kot v bolnišnicah, velike oddelke, namenjene izvajanju programov in ne življenju po analogiji doma. Na eni strani imamo pretežno večposteljne sobe (v slovenskih javnih domovih po podatkih iz leta 2014 biva le 25 % vseh stanovalcev v enoposteljnih sobah) in manjše dnevne prostore na nivoju oddelkov v velikosti do 1,5 m² na stanovalca, v katerih ni vodenih aktivnosti, na drugi strani pa so centralni prostori, namenjeni kuhanju, prehranjevanju, pranju, terapiji ipd. Prostor, v katerem bi se lahko počutil kot doma, je praktično le bivalna soba.

V nasprotju s tem imamo v sodobnih bivalnih konceptih namesto velikih oddelkov gospodinjske ali bivalne skupine s številom stanovalcev, ki še omogoča individualno delo in skupinsko dinamične procese. Normalizacija življenjskega okolja pomeni tudi ločevanje med tremi tipi prostorov. V *intimni prostor* sodi soba stanovalca, v kateri je eno- ali dvoposteljna soba stvar izbire stanovalca. *Socialni prostor* je na nivoju posamezne bivalne skupine, vanj sodijo skupinska kuhinja, jedilnica in dnevni prostor. Stanovalci v njem skladno z lastnimi potrebami in željami ter skupaj s t. i. prezenčnimi ali referenčnimi osebami preživljajo domski vsakdan. *Osrednji nevtralni prostor* je skupen za dom. Vanj prihajajo posamezniki iz gospodinjskih ali bivalnih skupin na skupne organizirane programe prostega časa, na interesno druženje ali preprosto zaradi želje po dopolnitvi vsebin socialnega prostora. V osrednjem nevtralnem prostoru doma se lahko organizira razširjeni program: domska kavarna in domska restavracija. Ta struktura prevzema tudi funkcijo recepcije, ki je ponudba »totalne« ustanove. Osrednji nevtralni prostor in oprema naj bosta čim bližje kulturnemu okolju, od koder prihajajo stanovalci.

Da bi soba stanovalcu zagotavljala intimnost in zasebnost, bi morala biti enoposteljna, razen če je skupno bivanje v interesu dveh stanovalcev. Po podatkih nekaterih slovenskih domov za starejše, ki so ob vstopu v dom analizirali, koliko stanovalcev bi želelo ob pogoju enake cene imeti svojo, enoposteljno sobo, je temu pritrdilo od 70 do 90 odstotkov vseh vprašanih. Ta odstotek je večji v domovih večjih mest. Problem, ki ga imamo v Sloveniji, je način financiranja oskrbe v domu. V primeru nizkega dohodka

stanovalca participira pri plačilu oskrbe njegov bližnji svojec, kar povzroča pritisk na mamo ali očeta, da sprejme večposteljno sobo, s tem bo svojec namreč imel manj finančnih obveznosti pri doplačilu. Podobno se vede mnogo občin, ko nastopi obveznost doplačila z njihove strani. Stanovalec ne glede na to, da si želi svojo sobo z zagotovljeno zasebnostjo, pristane v večposteljni sobi.

Proti taki zlorabi starejših je mnogo zahodno evropskih držav odgovorilo z več ukrepi. Najprej so povečale dajatve iz javnih virov, kar pomeni, da je doplačilo občin bistveno večje. V Avstriji in Nemčiji občine doplačajo pri 80 do 90 odstotkih vseh stanovalcev v domu, pri nas pa, po podatkih Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, okoli 22 odstotkov. Tudi viri teh sredstev v omenjenih državah niso iz sredstev občin, temveč so uvrščeni v kategorijo »socialne pomoči«, katere financer je zvezna dežela in ne občina. Na ta način so preprečili, da bi finančno šibke občine vplivale na zlorabe pri odločitvi o vrsti sobe v domu.

Naslednji ukrep je pomembno zmanjšanje razlik v ceni eno- in dvoposteljne sobe (tri- in večposteljne sobe so že dolgo prepovedane). Povprečno so te razlike do 4 odstotke. Mnogi domovi, še posebej v Avstriji, povsem izenačujejo ceno v eno- in dvoposteljni sobi, kar je izhodišče, da je v vsakem primeru soba osebni izbor; če si dve osebi želita dvoposteljno sobo, je to njun izbor, ki se plača enako, kot če druga oseba izbere enoposteljno sobo. Obseg sredstev, ki jih za izvajanje storitev in programa potrebuje dom, je enak kot prej, ko so bile razlike v ceni. Seveda je del nastale razlike pokrit iz javnih sredstev, kot je omenjeno v prejšnjem odstavku.

Sprejetje socialnega prostora na nivoju bivalne skupine se v Sloveniji vse bolj uveljavlja. Prostor sam po sebi je samo del zgodbe, drugo pa je celodnevni program oz. prisotnost referenčne/prezenčne osebe v prostoru. Socialni prostor je danes prepoznan tudi po vsebini, izvedbe po domovih, ki ga uvajajo, pa so pomembno različne.

Nista še toliko znana pojem in vsebina osrednjega nevtralnega prostora, saj sta pogojena tudi z arhitekturo doma. V treh ali štirih domovih, v katerih trenutno delajo na dokumentaciji adaptacije objekta, je že koncipirano; program bo sledil, ko bodo končani potrebni prostorski posegi. Pravzaprav v nekaterih domovih ni večjega problema, saj imajo že sedaj skoraj idealne pogoje za izvajanje programov osrednjega nevtralnega prostora. Ustavi se pri konceptu dela, ta pa pri temeljni kulturi ustanove. Vendar postajajo tovrstni programi v sklopu usposabljanja za uvedbo novih konceptov dela v domovih za starejše samoumevni.

Z vidika kakovosti in pestrosti bivanja stanovalcev se v sodobnih domovih vse bolj razvijata dva tipa skupin: gospodinjске skupine in bivalne skupine z gospodinjstvom.

Gospodinjске skupine, ki so po raziskavah, opravljenih v Nemčiji, primerne za okoli dve tretjini stanovalcev v domovih za starejše, imajo polno opremljene kuhinje za pripravo vseh dnevnih obrokov, skupinsko jedilnico in prostoren dnevni prostor. Kvadratura t. i. socialnega prostora je od 6 do 8 m² na stanovalca. Praviloma ima skupina večjo teraso, kamor lahko ob ugodnem vremenu gredo ali prepeljejo stanovalce na čist zrak, da vzpostavijo kontakt z naravo. Vsaka gospodinjška skupina ima v sklopu lastnih prostorov še pomožne prostore, kamor sodijo manjši prostor za živila, prostora za čisto in umazano perilo ter t. i. gospodinjски prostor z nameščenim pralnim in sušilnim strojem. Sobe so

pretežno enoposteljne, preostale so največ dvoposteljne, vse imajo lastno stranišče in tuš. Gospodinska skupina ima, odvisno od velikosti, svojo negovalno kopalnico ali jo deli z drugo gospodinsko skupino.

Bivalne skupine z gospodinjstvom imajo podobno strukturo prostorov, le da določene aktivnosti skupina deli z domom oz. njenimi centralnimi strukturami. Tako v bivalnih skupinah z gospodinjstvom samostojno pripravljajo zajtrk in praviloma še večerjo, medtem ko kosilo kuhajo v centralni kuhinji in ga dostavljajo v skupine. Perilo se delno ali v celoti opere v centralni pralnici. Čiščenje bivalnih prostorov skupine je centralno organizirano, izjema je sprotno čiščenje socialnega prostora, ki ga izvaja avtonomni delovni tim skupine, temeljitejše čiščenje in vsakodnevno čiščenje ostalih bivalnih prostorov pa izvajajo centralne strukture. Socialni prostor skupine je kljub delnemu izvajanju posameznih aktivnosti iz centralnih struktur urejen tako, da je možno izvajati skupno življenje stanovalcev z vodenimi aktivnostmi ves dnevni čas. Vloga avtonomnih delovnih timov se glede na vlogo v gospodinskih skupinah tu ne loči, le vsebine so malo manj s področja gospodinjstva in bolj so prilagojene drugim potrebam in željam stanovalcev, ki bivajo v teh skupinah.

Glede velikosti socialnega prostora velja enako pravilo tako za gospodinske skupine kot za bivalne skupine z gospodinjstvom. Število bivalnih sob in število stanovalcev v vsaki od teh tipov skupin sta odvisna predvsem od kategorij nastanjenih. V sodobni Evropi se je oblikovala norma, da so pri osebah z demenco optimalne gospodinske skupine od 6 do 12 stanovalcev. V bogatejših državah zagovarjajo, da je za osebe z demenco optimalna velikost gospodinskih skupin od 6 do 7 stanovalcev. Za ostale uporabnike institucionalne oskrbe in nege je pod pogojem avtonomnih delovnih timov mogoče organizirati tudi skupine do 15 oziroma 20 stanovalcev.

V Evropi se vse bolj uveljavljajo manjši domovi s kapaciteto med 40 in 80 stanovalci. Zaradi racionalizacije servisnih in poslovnih struktur nastajajo sistemi manjših domov, locirani v lokalnih okoljih manjše regije, ki omogočajo, da ljudi v starosti ne nameščajo v dislocirane kraje, in zaradi bližine namestitve olajšajo svojcem vzdrževanje stikov.

Z vidika urejanja bivalnega prostora so zanimiva tudi sodobna razmišljanja o oblikovanju bivalnih skupin. V slovenski praksi poznamo predvsem »negovalne oddelke/enote«, »stanovanjske oddelke/enote«, zadnja leta »enote/skupine za osebe z demenco« in tu nekje se že konča. Skupni imenovalac teh »tipov« enot je razvrščanje v bivalne skupine/enote/oddelke po psihofizičnem stanju oz. sposobnostih. Koliko je to v interesu uporabnika (stanovalca) in ustanove, je drugo vprašanje. Je pa res, da logika temelji na tezah, da »pomičnega« moti »nepomični«, da »zdravega« moti »bolan« in da »mentalno zdrave« ljudi motijo »osebe z demenco« ter da lažje delamo s stanovalci s sorodno simptomatiko. Nekaj podobnega poznamo v zdravstvu. Tam je logično, da so zaradi načina dela in pogojev nastanitve rakavi bolniki hospitalizirani v drugem oddelku kot bolniki s težavo v duševnem zdravju. Dejstvo pa je, da je za razliko od zdravstvene ustanove dom za starejše prostor za domovanje, v katerem stanovalci stanujejo, pri tem pa so deležni oskrbovalne in negovalne pomoči.

Veliko domov se zato nagiba k integrativnemu pristopu, kar pomeni, da v skupinah/enotah/oddelkih združujejo stanovalce ne glede na simptomatiko, vsakemu pa omogočajo

njemu potrebno pomoč in suport. Izjeme so le osebe z demenco v III. stadiju po Naomi Feil, ki jih praviloma umeščajo v posebne bivalne skupine, v katerih sta delo in bivalno okolje prilagojena njihovem stanju. Prav tako so izjeme osebe z demenco v IV. stadiju, za katere najlažje ustrezno poskrbimo z oazami. Izjeme so tudi osebe s paliativno oskrbo in v terminalni fazi.

Za ostale dajejo nekateri sodobni domovi v Evropi pri razvrščanju v bivalne skupine in urejanju bivalnih prostorov prednost *življenjskemu stilu* stanovalcev in ne njihovi psihofizični kondiciji oz. stanju. To pomeni, da so v določeni bivalni skupini samo stanovalci iz podeželsko kmečkega okolja, v drugi intelektualci itd. Tako eni kot drugi imajo primerljive psihofizične težave ali bolezni, vendar jih združuje stil življenja, ki so ga imeli v svoji zgodovini, sorodne vrednote in vsebine psihološkega prostora. Posebnosti posameznih stilov so prepoznavne tudi v opreми njihovih sob in v skupnem socialnem prostoru. Skratka, tudi s tega zornega kota se značaj življenjskega prostora doma za starejše spreminja in v tem smislu govorimo o primerljivi kakovosti življenja oseb v instituciji in lokalni skupnosti.

5 ORGANIZACIJA DELA

Organizacija dela se v sodobnih konceptih bistveno loči od tradicionalnih organizacijskih struktur. Za tradicionalne domove je tipičen hierarhični organizacijski model. Na vrhu je direktor, v posebnih socialnih ustanovah imamo ob njem še strokovnega vodjo. Takoj za njim/njima je naslednji nivo managementa, kamor sodijo: vodja nege in oskrbe ter vodja kuhinje in praviloma še računovodstva z večjim številom zaposlenih, ki jih vodijo. Vodje so za svoje področje samostojni, formalno pa so podrejeni direktorju. Tem sledi v klasičnih domovih skupina srednjega managementa, ki vodi oddelke, terapijo, socialno delo in tehnično področje. Srednji management ima nad seboj en ali dva nivoja organizacijske hierarhije. Tako ima npr. vodja oddelka oz. vodja tima nad seboj vodjo zdravstvene nege, ta pa direktorja. V nadaljevanju so pestri hierarhični nivoji predvsem na področju nege in oskrbe. Čeprav zdravstveni tehnik praviloma ni nadrejen bolničarju, je funkcionalno področje dela zdravstvenega tehnika strokovno višje kotirano in najmanj na simbolni ravni je bolničar v podrejenem položaju. Enako velja za nadaljnje nivoje, kot so negovalka, strežnica, servirka in oskrbovalka, odvisno od organizacije konkretnega doma.

O »birokratski« kulturi govorimo, če je v neki organizaciji značilna tendenca po razmejevanju osebja glede na vrsto in stopnjo izobrazbe, če je poudarek na strogo funkcionalnem izvajanju storitev, če je v ospredju slepo sledenje različnim pravilom, ki so sama sebi namen, če zaposleni zaradi tega izgubijo namen svojega delovanja in jim postane cilj organizacije zamegljen ter če postane dokumentacija dominantna in neselektivna, ko npr. poseže v intimno sfero posameznika po nepotrebnem (Ulsperger Jason, 2011).

Tej kulturi, ki je že pred stotimi leti v času Maxa Webera dobila svoja krila v »birokratski organizaciji«, je osnovni namen učinkovito doseganje ciljev organizacije. To pomeni, da se mora organizirati na najboljši možni način in zaposlovati ljudi, ki so za določene

naloge najboljši. Vnaprej so opredeljena pravila, funkcije in pristojnosti posameznih delovnih mest ne glede na to, kdo jih zaseda. Zagovarjalo se je stališče, da mora biti v dobri organizaciji vse znano in predpisano vnaprej. Od teh pravil ni možno odstopati po volji posameznika, ki bi npr. v določeni situaciji presodil, da mora ukrepati kako drugače. Samovolja – ukrepanje po lastnem preudarku – ni dovoljena.

Veliko elementov birokratske organizacije se je kasneje preneslo tudi v poslovno okolje, vendar se je poslovni management vedno raje držal Fayolovih načel, ki so sicer podobna birokratskim, le da nikoli niso bila tako stroga in neomajna.

Fayol je postavil načela, ki se jih mora držati uspešen management:

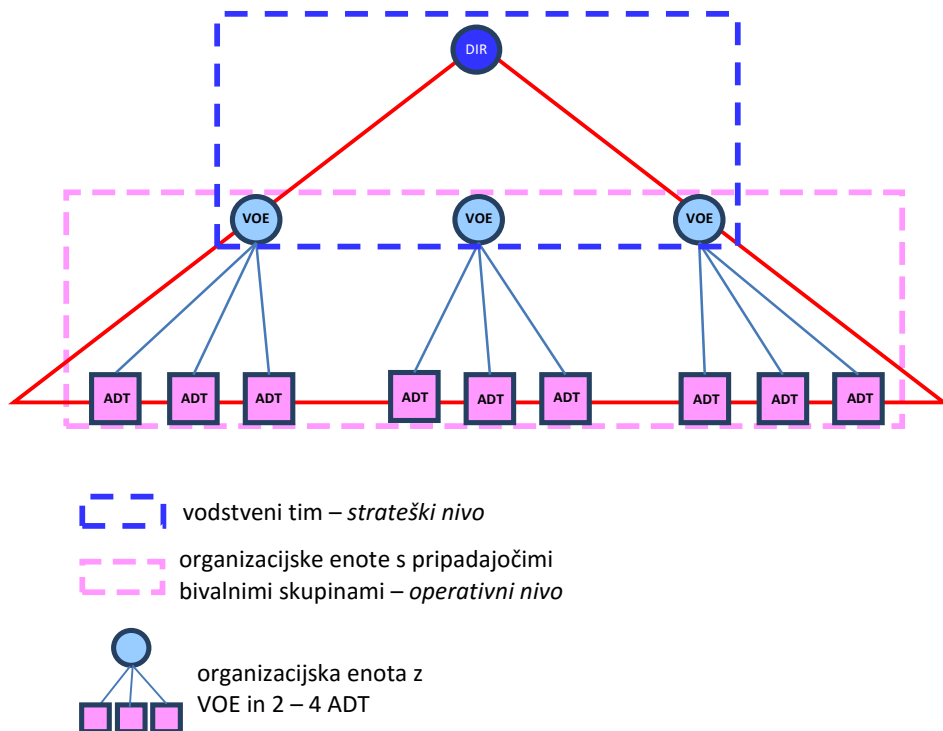
- delitev dela (določitev enot ali nalog posameznikov po funkcijah);
- hierarhija avtoritete (določitev razmerja nadrejenosti ali podrejenosti);
- formalizacija organizacije (določitev vseh pravil, ki zagotavljajo učinkovito organizacijo, neodvisno od tega, kdo zasede določeno delovno mesto);
- dokumentiranje organizacije (vsa pravila, pomembna za delovanje organizacije, morajo biti zapisana);
- izbor in napredovanje delavcev morata biti odvisna od njihovih sposobnosti (objektivnost pri napredovanju po hierarhični lestvici in preprečevanje samovolje vodilnih delavcev);
- ločevanje zasebnega življenja od dela v organizaciji (Hilda Maze, 2013).

Danes ima izraz »birokratska organizacija« negativen predznak, kljub temu pa je potrebno poudariti, da je bil model v tistem času pravzaprav revolucionaren in učinkovit. Omogočil je delovanje državnih in velikih poslovnih sistemov, ki so bili potrebni za razvoj industrijske družbe.

Hierarhični organizacijski model, ki je tipičen za »birokratsko organizacijo«, postane v sodobnih konceptih domov za starejše bistveno bolj splošen. Nega, oskrba, gospodinjstvo in aktivnosti, namenjene terapiji, se izvajajo v veliki meri decentralno. Tradicionalne oddelčne strukture izginevajo, namesto njih prihajajo gospodinske skupine in bivalne skupine z gospodinjstvom. Ob tem so še v določenem obsegu strukture, namenjene npr. paliativni oskrbi ali osebam z demenco v IV. stadiju, ki se organizacijsko praviloma vežejo na bivalne skupine.

Tako dobimo namesto oddelkov, ki so včlenjeni v večstopenjski hierarhični sistem, pregledne in avtonomne organizacijske enote z določenim številom gospodinskih skupin ali skupin z gospodinjstvom. Te organizacijske enote v obsegu praviloma od dveh do štirih avtonomnih delovnih timov (ADT) vodijo vodje za nego in oskrbo (VOE) in so pri svojem operativnem delu skupaj z delovnimi timi povsem samostojni.

Organizacijska struktura ima tako dva nivoja: *vodstveni tim*, ki ga vodi direktor, in ena (v primeru doma z npr. do 60 stanovalci) ali več *organizacijskih enot* z avtonomnimi delovnimi timi, vsako vodi po en vodja nege in oskrbe. Oba nivoja sta pretežno timsko vodena, kar pomeni, da na področjih, za katere sta zadolžena in pristojna, delujeta na osnovi soglasja; vodja je tako bolj koordinator, ki ustvarja pogoje za tvorno iskanje rešitev. V obeh primerih vodje za tako sprejete odločitve prevzemajo odgovornost za njihovo uresničitev.

Slika 1: *Prikaz organizacijske strukture*

Če je vodstveni tim odgovoren za opredeljevanje strateških ciljev in za okvir delovanja doma, je naloga vodje organizacijskih enot skupaj z ADT organizacija neposrednega dela s stanovalci in svojci ter uspešno vodenje in koordinacija delovnih timov. Operativna izvedba dela je tako naloga in pristojnost drugega nivoja.

Podobno velja glede organizacije dela drugih delovnih skupin, kot so: finančno računovodska služba, služba za prehrano, služba za pranje in šivanje ter podobne službe. Te službe so skladno z organizacijo dela bolj centralno ali decentralno organizirane. V dosledno decentralni organizaciji sta kuhanje oz. prehrana in pranje osebnega perila prepuščena operativnemu nivoju znotraj ADT. Centralno organiziranim službam z vodji, ki zagotavljajo, da skupaj s pripadajočimi zaposlenimi v teh službah korektno izvajajo svoje naloge, je praviloma nadrejen direktor.

Organizacija dela tako ne pozna več nivojskih vodij, obstajata le dva, vsak s svojimi nalogami in pristojnostjo.

Taka sploščena organizacijska struktura je ena izmed centralnih točk v ureditvi za izvajanje bolj tekoče komunikacije in procesa sprejemanja odločitev za zaposlene ter lažjega dostopa do udeležbe pri strateškem razvoju (Chenoweth in Kilstoff, 2002).

Značilno za sploščene strukture je skupno vodenje, ki omogoča primerno oblikovanje spreminjajočih potreb v organizaciji (Brooks Alvater, 2003). Filozofija skupnega vodenja se odraža v decentraliziranem stilu managementa, ki oblikuje okolje za pooblašanje. Korist skupnega vodenja je v tem, da tudi zaposleni prevzemajo različne stopnje

vodenja glede na njihovo situacijo, izkušnje in področje strokovnega znanja. Pomembno je poudariti, da se v taki organizaciji dela omogoča, da je vsak izmed članov tima »vodja« določenih sklopov dela v skupini in da različne situacije v procesu dela prikličijo različne »vodje«. Zaposleni, ki svojim sodelavcem nudijo podporo in povratne informacije, so model pozitivnega vodenja. Taka kolektivna odgovornost je odmik od tradicionalnega hierarhičnega managerskega stila k bolj podpornim in manj kontrolnim vlogam managerjev. To prispeva k (Geogehan in Farrington, 1995, cit. po Scott in Caress, 2005):

- povečanju morale,
- zadovoljstvu pri delu,
- motivaciji,
- sodelovanju zaposlenih,
- spodbujanju kreativnosti,
- podpiranju medosebnih odnosov,
- občutku veljave.

6 VODENJE

V klasičnih domovih najdemo široko paleto vodstvenih stilov in veliko število vodij. Kultura vodenja se v teh domovih spreminja, najožji vodstveni tim (kolegij direktorja) pri svojih razmišljanjih in pri iskanju rešitev pogosto vključuje druge sodelavce. Vodstveni tim pri odločanju večkrat uporablja timske načine.

Kot je že bilo omenjeno, je v sodobnih konceptih vodstvena funkcija domena dveh nivojev: vodstvenega tima, ki ga vodi direktor, in ene ali več *organizacijskih enot* z avtonomnimi delovnimi timi, ki jih vodijo vodje organizacijskih enot. Vodenje je tako skupni imenovalac obeh nivojev. Vendar je vodenje vodstvenega tima potrebno razumeti v širšem smislu – v ospredju so zagotavljanje ciljev organizacije, opredeljevanje razvojnih strategij ter zagotavljanje pogojev za delovanje in uresničevanje nalog organizacije. Vodenje organizacijskih enot pa razumemo v ožjem smislu – vodenje izvedbe na nivoju vodstvenega tima sprejetih ciljev in okvirjev delovanja. Na tem nivoju pomeni vodenje tudi načrtovanje, organiziranje, pogajanje in samokontrolo.

V taki organizaciji imamo, kot je že bilo omenjeno, sploščeno organizacijsko strukturo. Vodenje in medsebojna komunikacija sta v tem primeru pregledna in enostavna, kar pomembno prispeva k oblikovanju kakovostnih odnosov in k izvedbam storitev, ki so uspešne in naravnane na osebo. Tak način vodenja poveča zaupanje zaposlenih, pomaga pri osebnem in profesionalnem razvoju, pospešuje razvoj novega znanja in spretnosti ter povečuje profesionalizacijo in odgovornost. Na makro ravni ima vpliv na pridobivanje in obstanek kadra v organizaciji (Scott in Caress, 2005).

Posebej želim izpostaviti pomen vodij organizacijskih enot pri transformaciji iz obstoječega v nov način vodenja.

Sposobnosti, vedenje in drža, zaradi katerih je oseba dober vodja nege in oskrbe v funkcionalni/timski negi, so drugačne od potrebnih za uspeh pri vodenju ADT z odnosno oz. referenčno nego. V funkcionalni/timski negi je uspešen vodja nege in oskrbe, ki zna odgovoriti na vsa vprašanja in reši veliko problemov, velikih in malih. Poznati mora

potrebe po negi za vsakega stanovalca: bolničarka ga bo vprašala, ali lahko stanovalca prestavi iz postelje na stol; dietetik bo vprašal, zakaj stanovalec ni pojedel večerje; zdravnik bo želel vedeti, ali je želodec stanovalca boljši ali slabši od prejšnjega dne.

Pri odnosni/referenčni negi mora vodja posamezne organizacijske enote vsa ta vprašanja usmeriti na zaposlene oz. člane avtonomnih delovnih timov. Ker je referenčna oseba avtonomnega delovnega tima odgovorna za direktno komunikacijo z vsemi člani tima, se mora vodja organizacijske enote naučiti napotiti nanjo vsa kritična vprašanja. Referenčna oseba ima dejansko večje znanje o svojih stanovalcih. V referenčni negi mora vodja organizacijske enote pokazati spoštovanje do članov posameznega delovnega tima s tem, da posameznike, npr. fizioterapevta, socialnega delavca ali svojca, napoti na njih, čeprav ima tudi sam odgovore na vprašanja.

Vlogi vodje organizacijske enote sta strokovno vodenje in stalna odgovornost za celotno upravljanje nege in oskrbe stanovalca. Na področju strokovnega vodenja mora biti učitelj, preverjevalec odločitev podrejenih v delovnih timih, »coach«, oseba virov in nadzornik kakovosti. Kot učitelj je odgovoren, da ima vsak član delovnega tima osnovna znanja, potrebna za varno delovanje. Kadar so zaznani deficiti, je odgovoren za to, da osebno prevzame učenje ali ga organizira. Kot učitelj je lahko močen zgled članom tima s svojim stalnim profesionalnim in osebnim razvojem.

Vodja organizacijske enote je tudi validator odločitev svojih zaposlenih, kar pomeni, da če se strinja z njihovo odločitvijo, jo potrdi, če pa se z njihovo odločitvijo ne strinja, mora povedati, zakaj se ne strinja, in predlagati alternativne pristope za zaposlene, da bodo lažje sprejeli odločitev. Vodja organizacijske enote pri tem ne odloča. Validiranje oz. ugotavljanje skladnosti odločitve člana avtonomnega delovnega tima s sprejetimi normami, stroko in etiko je nova sposobnost, ki se jo mora vodja organizacijske enote naučiti.

Vodja organizacijske enote je oseba, ki ima dostop do določenih informacij, ki jih člani tima nimajo. V tem smislu zaposlenim zagotavlja potrebne vire, v luči katerih lažje delajo.

Vodja organizacijske enote je tudi odgovoren za nadzor nad kakovostjo dela posameznih avtonomnih delovnih timov. Sposoben mora biti evalvirati odločitve referenčnih oseb glede pristopa, nege in oskrbe stanovalca, s katerim je v referenčnem odnosu, da se prepriča, ali so primerne, varne in v vsaki situaciji najboljše možne. Da lahko to naredi, mora vodja organizacijske enote poznati biopsihosocialne potrebe in probleme vseh stanovalcev bivalnih skupin, katerim je nadrejen. Dobro mora poznati tudi člane delovnih timov, njihove močne in šibke točke. Ko identificira šibkosti v delovanju, mora vodja organizacijske enote delati z zaposleno/referenčno osebo, da le-ta premaga te težave.

V modelu kulture usklajenih odnosov se vodja organizacijske enote ne postavlja v klasično držo nadzora v smislu *nadrejen* – *podrejen*. On ni vodja, ki na osnovi nadzovanja izreka neposredne ukrepe oz. izvaja interventna dejanja. Implicitna predpostavka je, da se zaposlenim zaupa opravljanje njihovih nalog nege in oskrbe brez opominjanja. Če pa kdo od zaposlenih ne zadosti tej predpostavki, je naloga vodje organizacijske enote najprej omogočiti članu tima izkustveno učenje, v luči katerega pri zaposlenem doseže korekcijo vedenja oz. delovanja. Šele takrat, ko to ne zadostuje, primerno ukrepa.

Vodenje organizacijske enote oz. avtonomnih delovnih timov je *vodenje*, *usmerjeno k odnosom*. K odnosom usmerjen vodja pri sodelavcih v avtonomnih delovnih timih ceni

iskrenost, odkritost in prijaznost ter meni, da so dobri odnosi pomembni za uspešno vodenje. Vodenje, usmerjeno k odnosom, je tudi *vodenje s soudeležbo*, pri katerem je vodenje odvisno od nujnega sodelovanja pri vseh odločitvah, ki jih zadevajo, še posebno pri ciljih, ki naj bi jih uresničevali. Člani tima, ki pri nastajanju ciljev sodelujejo, se bodo z njimi zlahka sprijaznili in zavzeto izvrševali naloge, ki vodijo do njih. Pravzaprav je dobro, da vodenje organizacijske enote oz. avtonomnih delovnih timov združuje tako usmerjenost k odnosom do sodelavcev kot usmerjenost k nalogam. To je *združevalni vodja*, ki uporablja usmerjenost k odnosom in nalogam v velikem obsegu. Je pristaš timskega dela, pri katerem morajo člani skupine med seboj tesno sodelovati, in se v veliki meri enači s svojimi sodelavci. Tak vodja organizacijske enote oz. avtonomnih delovnih timov je usmerjen v prihodnost, je zagovornik stalnega izboljševanja kulture enote in je procesni manager, ki naredi vse, da pride do sprememb.

Vloga vodje organizacijske enote je ključna za vsakršno uspešno transformacijo. *Vodje organizacijskih enot in zaposleni v ADT posamezne enote spravijo odnosno nego v življenje. V odnosni negi se vodje in zaposleni vidijo kot sodelavci in ne kot nadrejeni in podrejeni. Sodelavci si delijo skupni cilj in se zanašajo drug na drugega, da bodo dosegli cilj. Delajo soodvisno, z medsebojnim spoštovanjem in s priznavanjem dela drug drugega. Pri taki organizaciji dela so pogoji, da je odnos med vodjo in zaposlenimi v ADT resnično kolegialen, da je vodenje deljeno, da se spodbuja opolnomočenje ter da obstaja enotna odgovornost za doseganje kakovostnih rezultatov. V kulturi usklajenih odnosov, ki je v taki organizaciji dela omogočena, se vse zaposlene v timu spodbuja k razvijanju do meja svojih zmožnosti, k izražanju svojih mnenj, k vključevanju v reševanje problemov in k razumevanju obsega svoje odgovornosti za delo. Pomembno je, da je organizacija dela jasna in enostavna ter da spodbuja učenje iz izkušenj in refleksije (Koloroutis Mary, 2011).*

Vodstvo v odnosno naravnani negi/oskrbi zna vzbuditi vodjo v vsakem zaposlenem s tem, da ustvarja okolje, v katerem zaposleni prevzemajo odgovornost za svoje delo. Vodje na vseh ravneh igrajo ključno vlogo pri ustvarjanju in implementaciji sistema odnosne nege/oskrbe ter pri ustvarjanju kulture usklajenih odnosov, ki to podpira. Skrb in sočutna nega se razvijeta pri skrbnih in sočutnih vodjih.

V tem smislu je razvidno, kako pomembno vlogo pri transformaciji klasičnega koncepta dela v koncept kulture usklajenih odnosov imajo prav vodje organizacijskih enot. Oni so zagotovilo, da bodo temeljna spoznanja in implementacije kulture usklajenih odnosov, ki so jih člani avtonomnih delovnih timov pridobili pri usposabljanju za referenčno delo in kongruenčnega pristopa, ostala aktualna in aktualizirana skozi vsakdan.

Usklajevanje prepričanj in stališč o negi/oskrbi z načeli kulture usklajenih odnosov in vztrajno delovanje po teh načelih sta nalogi celotnega vodstvenega tima. Vodje organizacijskih enot, ki imajo kot ključen del vodstvenega tima pri tem izvršno funkcijo, so najbolj pozvani, da v neposrednem vodenju avtonomnih delovnih timov udeležijo elemente kulture usklajenih odnosov.

Vloga vodij, še posebej vodij organizacijskih enot, je ustvariti organizacijsko kulturo, pri kateri je transformacijska sprememba možna. Njihova vloga ni poganjati spremembo, ampak navduševati nad spremembo in usmerjati. Tradicionalni hierarhični model, pri

katerem vodja odloča o vsem, je preživel. Čeprav so nekatere odločitve sprejete na vrhu, se organizacijske kulture ne spreminjajo z enostranskimi odločitvami. Želena kultura se pojavi, ko vodje ustvarijo okolje, v katerem se spodbuja individualno in timsko učenje ter v katerem je predanost cenjena (*Koloroutis Mary, 2011*).

Ustvarjalno okolje morajo vodje organizacijskih enot oblikovati na nivoju avtonomnih delovnih timov. Le-te je treba usposobiti, da so kot timi sposobni uspešno dosegati cilje, ki so v njihovi domeni. Za to potrebujejo: znanja in veščine učinkovitega komuniciranja, kritičnega in kreativnega razmišljanja in vzdrževanja zdravih medosebnih odnosov ter vodjo, ki dobro obvlada osebno vodenje (*Koloroutis Mary, 2011*).

Konkretno to pomeni, da si vodje organizacijskih enot vzamejo čas, da redno predebatarajo pričakovanja in izzive tima. Vodje podpirajo razvoj članov avtonomnega delovnega tima s tem, da jim zagotovijo čas, izobraževanje in veščine za komunikacijo v timu in za reševanje težav v timu. Vodje poskrbijo tudi zase in za širitev svojega znanja, ki se nanaša na sodelovanje v timu.

Ob koncu še pomembno spoznanje. V kolikor želimo, da bo vodja organizacijske enote uspešen, da bo dobro poznal člane avtonomnih delovnih timov, da jih bo usmerjal h kakovostnemu delu in odnosu, da bo osebno poznal specifičnosti posameznih stanovalcev, enota, ki jo vodi, ne sme imeti več kot 50 do 60 stanovalcev (Manthey Marie, 2002). Sistem, ki ga imamo v slovenskih domovih za starejše, da en vodja zdravstvene nege in socialne oskrbe vodi od sto do več sto stanovalcev oz. zaposlenih, ki oskrbujejo te stanovalce, je seveda v nasprotju s temi spoznanji. Za koncept in kulturo ustanove, ki v ospredje postavlja referenčni odnos, ki vzpostavlja usklajenost tako na relaciji negovalec/oskrbovalec – stanovalec kot tudi med člani tima ter med člani tima in vodstvom, je pri omejevanju obsega vodenja posameznega vodje edina alternativa optimalizacija procesov, skladnih z zahtevami delovanja ADT in z zahtevami sodobnega uporabnika njegovih storitev.

7 ZAKLJUČEK

Na osnovi decentralizacije lastne ustanove (doma) in dela v manjših samostojnih skupinah s stalnimi delovnimi timi kot referenčnimi osebami je možna *normalizacija življenja*. Na tej osnovi je zagotovljeno in poskrbljeno za individualne potrebe posameznika, vključenega v domsko skupnost. Tak način je pogoj za večje vključevanje in povezovanje ter za krepitev socialnih in psihosocialnih kompetenc.

Življenje v domovih za starejše lahko normaliziramo le s procesi deinstitucionalizacije znotraj doma. To dosežemo, kadar je kakovost življenja uporabnikov doma za starejše primerljiva s kakovostjo življenja starostnikov v lokalnem okolju. Deinstitucionalizacija namreč lahko vsebuje razvoj skupnostnih programov izven doma, lahko pa razumemo tudi, da se obstoječi domovi spreminjajo v smeri skupnostnih oblik skrbi za starejše, pri katerih pravila življenja določa uporabnik. To pa pomeni oblikovanje življenjskega prostora po analogiji družine in skupnostnega življenja, pri kateri je osnova medosebni odnos in obravnava človeka kot celote, tj. kot fizično, socialno, duševno in duhovno bitje.

Tak dom, ki se notranje preoblikuje in socialno vključuje ter širi svojo socialno mrežo v okolje, izvaja vzajemno skrb in postaja sam po sebi skupnostni program.

LITERATURA

- Alvater Brooks C. (2003). *Understanding and designing organizational structures leading and managing in nursing*. Third edition. St. Louis: Mosby.
- Bauer Ruediger (2015). *IP kongruentna odnosna nega*. (Osebni vir, 5. 2. 2015). Ljubljana: M Hotel.
- Bauer Ruediger (2014). *IP kongruentna odnosna nega*. (Osebni vir, 18. 1. 2014). Velenje: Hotel Paka.
- Chenoweth L., Kilstoff K. (2002). Organizational and structural reform in aged organizations: empowerment towards a change process. V: *Journal of Nursing Management*.
- Yeatts E. Dale, Cready Cynhtia, Ray Beth, DeWitt Amy, Queen Courtney (2003). *Implementing and Empowerig Nurse Aide Teams*. V: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/44/2/256.long>.
- Decker PJ., Sullivan EJ. (1997). *Effective leadership and management in nursing*. Sand Hill Road: Addison Wesley Longman.
- Farrell David (2006). *Case For Consistent Assignment In the Nursing Home Setting*. V: [http://theconsumervoice.org/uploads/files/long-term-care-recipient/Auld,Rosenthal-1of4-Concurrent\(ConsistentAssignment\).pdf](http://theconsumervoice.org/uploads/files/long-term-care-recipient/Auld,Rosenthal-1of4-Concurrent(ConsistentAssignment).pdf).
- Gawande Atul (2015). *Minljivost*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Gradišek Toni Anica (1992). *Šola za medicinske sestre v Ljubljani*. V: Šuštar B: *Šola za sestre: zdravstveno šolstvo na Slovenskem*. Ljubljana: Šolski muzej.
- Hilda Maze (2013). *Organizacija dela v zdravstveni negi*. (Skripta) Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.
- Koloroutis Mary (2011). *Beziehungsbasierte Pflege – Ein Modell zur Veränderung der Pflegepraxis*. Zürich, Verlag Hans Huber.
- Kovač Gaja (2011). *Sistem skrivnih bolnišnic v NON in POS kot sanitetna oskrba*. Diplomaska naloga. Ljubljana.
- Manthey Marie (2002). *The practice of Primary Nursing*. Published January 1st 2002 by Creative Health Care Management.
- Papež Bernard (2011). *Zgodovina izobraževanja medicinskih sester na slovenskih tleh*. Diplomaska naloga. Univerza v Mariboru, Kranj: FOV.
- Rybczynski Witold (1987). *Home. A Short History of An Idea*. Published July 7th 1987 by Penguin Books.
- Scott L., Caress AN. (2005). Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation. V: *Journal of Nursing Management*.
- Tavčar Mitja I. (2008). *Management in organizacija. Celostno snovanje politike organizacije*. Koper: Fakulteta za management.
- Ulsperger Jason, J. Davic Knottnerus (2011). *Elder Care Catastrophe: Rituals of Abuse in Nursing Homes and What You Can Do About it*. Hardcover.

Kontaktne informacije:

Franc Imperl

FIRIS IMPERL d.o.o.

Tržaška 90/, 1370 Logatec

e-naslov: franc@firis-imperl.si